1º COMMENT RECONNAITRE LE CYANOGÈNE DANS L'EAU ET MÉLANGÉ A LA MATIÈRE DES VOMISSEMENTS ? — Nº 7.

2º QUELLE EST LA DISPOSITION DES APONÉVROSES DE LA CUISSE ?

3º QUELLES SONT LES CAUSES DES HERNIES ABDOMINALES ?

4º EXISTE-T-IL UNE ANGINE GANGRÉNEUSE ?




PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

DEVANT

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,**

Le 7 Février 1838;

PAR

**Jacques GILBERT**

De SAINTES (Charente-Inférieure);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE Me Ve AVIGNON, RUE ARC-D'ARÈNES, 1.

—

1838.

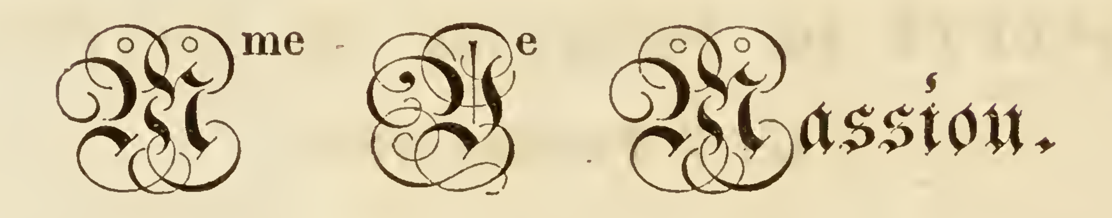
A LA

# MÉMOIRE DE MA MÈRE.

*Regrets!!!*

## A MON PÈRE ET A MA FEMME.

**à ma Grand'Mère,**



A MES ONCLES,

**FRANÇOIS ET HYACINTHE MASSIOU.**

à ma Belle-Sœur **LILI THENAUD.**

**A MES AMIS,**

CAMILLE **MARQUET**, ÉDOUARD **OSSERRE** et CHARLES **DROUHET**.

J. GILBERT.

# N° 18.

# SCIENCES ACCESSOIRES.

## *Comment reconnaître le cyanogène dans l'eau et mélangé avec la matière des vomissements?*

I. On donne le nom de cyanogène, mot dérivé de Κυανος bleu, et de γενναω j'engendre, à une substance gazeuse, d'une odeur vive, d'une saveur piquante, rougissant l'*infusum* de tournesol, se liquéfiant et se congélant même par un grand abaissement de température, ou une forte pression; soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et l'essence de térébenthine; indécomposable par la chaleur; d'une pesanteur spécifique de 1, 8064; brûlant au contact de l'oxigène avec une flamme rose, et composé de deux atomes de carbone et d'un atome d'azote.

II. Produit de l'art, le cyanogène s'obtient en soumettant à l'action du calorique le cyanure de mercure qui, suivant M. Gay-Lussac, est composé de 79, 9 de mercure et de 20, 1 de cyanogène. Porret avait depuis long-temps employé la chaleur pour extraire ce dernier du cyanure mercuriel, mais le peu de succès de ses expériences doit être attribué à l'eau que ce cyanure retient presque toujours et dont ce chimiste n'avait pas pris soin de le dépouiller.

III. Composé de deux volumes de vapeur de carbone et d'un volume de gaz azote, ou, d'après Berzélius et Dulong, de 45, 339 de carbone et de 53, 662 d'azote en poids, le cyanogène devrait, conformément aux règles de la nomenclature, porter le nom d'azote carboné; mais on a cru convenable d'y déroger par les motifs que cette substance, quoique constituant un corps binaire et combustible, joue, dans bien des cas, le rôle de corps simple et comburant. En effet, comme le chlore, l'iode et le souffre, il peut s'unir à l'hydrogène et constituer ainsi un hydracide fort remarquable. Les métaux produisent avec lui des combinaisons particulières. Quelques-unes décomposent l'eau en se décomposant elles-mêmes au contact de ce liquide par une altération analogue à celle qu'éprouvent les chlorures et les iodures de potassium,

de sodium, etc. Il s'unit, comme le souffre, à quelques oxides de difficile réduction. En outre, suivant les observations de MM. Gay-Lussac, Dulong, Balard, etc., les divers composés qu'il forme avec les corps combustibles, soumis à l'influence de la pile voltaïque, le laissent dégager vers le pôle positif, c'est-à-dire, qu'il partage avec les corps comburants, tels que l'oxigène, le chlore, etc., la propriété d'acquérir ordinairement l'électricité négative.

IV. Pour reconnaître le cyanogène dans l'eau et mêlé à la matière des vomissements, on soumet ce mélange à une température de 20° et on l'agite pendant quelques minutes. Par cette opération, l'eau, quand elle contient du cyanogène, dissout quatre fois et demie son volume de cette substance. Toutefois, on peut, à la rigueur, se dispenser de prendre une pareille mesure, attendu que l'eau et les matières vomies, sortant d'un milieu dans lequel la température est de 28° à 32°, doivent avoir dissous le cyanogène qui avait été ingéré. Cette dissolution qui est incolore donne avec les sels ferrugineux un précipité de bleu de Prusse. Abandonnée à elle-même pendant quelques jours, elle jaunit d'abord, puis devient brune et finit par être entièrement décomposée. Les résultats de cette décomposition, dit M. Orfila, sont de l'hydro-cyanate et du carbonate d'ammoniaque volatils, un autre sel ammoniacal formé d'oxigène et de cyanogéne, enfin, une matière brune charboneuse.

On peut activer la décomposition de l'eau et de la matière des vomissements contenant du cyanogène, en les traitant avec un acide énergique. Dès-lors, une partie de l'hydrogène de l'eau se combine avec le cyanogène et forme de l'acide hydro-cyanique ; tandis que l'autre partie s'unit à l'azote d'une certaine quantité de cyanogène décomposé et produit de l'ammoniaque ; quant à l'oxigène, il se combine entièrement avec le carbone et le transforme en acide carbonique. (M. Balard).

On peut disposer d'une foule de réactifs, tels que le calorique, la potasse, la soude, les oxides métalliques, etc., pour découvrir le cyanogène. Mais parmi les moyens propres à nous faire constater la présence de ce corps dans l'eau et la matière des vomissements, l'un des plus simples et des plus sûrs, c'est de combiner cette eau et cette matière avec du fer et de les soumettre à l'action de la chaleur. Dans

ce procédé, si les matières vomies contiennent du cyanogène, on les voit prendre une belle couleur pourpre par l'addition de l'infusion de noix de galle. En outre, il se forme d'une part de l'acide hydro-cyanique ferruré, qui, se combinant avec l'oxide de fer, produit du bleu de Prusse ; et d'autre part, de l'acide carbonique, de l'acide cyanique, de l'ammoniaque, par la décomposttion du cyanogène et de l'eau.

Du reste, le cyanogène étant capable de se dégager de sa solution aqueuse au moyen d'une forte chaleur, on pourrait également le reconnaître aux caractères physiques que nous lui avons assignés dans la définition.

V. Quand bien même on découvrirait de l'acide hydro-cyanique, conséquemment du cyanogène, dans la matière des vomissements, il ne faudrait pas en conclure, dans tous les cas, que cet acide n'a pu se trouver dans l'estomac que par ingestion et qu'il y a eu empoisonnement. Il est prouvé, en effet, qu'une modification spéciale de l'économie peut, sous l'influence de diverses maladies, produire certaines proportions d'acide hydro-cyanique. Ainsi, M. Itard en a trouvé dans les déjections alvines de deux individus atteints, l'un d'une inflammation intestinale, l'autre d'une hépatite.

J'ignore quelles sont les véritables causes de la cyanose et de la couleur bleue que peuvent offrir quelquefois les sueurs, les urines et d'autres liquides; mais il n'est pas impossible que du cyanogène, spontanément formé dans l'organisme, joue un certain rôle dans cette coloration. Néanmoins, faute de données suffisantes, nous nous abstiendrons de rien affirmer à cet égard.

La chimie est aussi impuissante pour expliquer l'extrême promptitude avec laquelle l'acide hydro-cyanique concentré anéantit la vie, que pour le faire retrouver en nature, quand il a été pris à faible dose. On se flatterait envain de le reconnaître alors dans la matière des vomissements.

L'action presque foudroyante de ce toxique prouve qu'il agit bien plus par impression que par absorption.

---

# N° 406.

# ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.



## *Quelle est la disposition des aponévroses de la cuisse ?*

A proprement parler la cuisse n'offre qu'une seule aponévrose, qu'on nomme *fascia lata;* néanmoins, les expansions qui naissent de la face interne de cette enveloppe pour engainer les muscles, protéger quelques vaisseaux, etc, peuvent, malgré leur dépendance de la gaîne commune, être considérées comme des aponévroses particulières. Mais, tout en admettant plusieurs aponévroses fémorales, je ne crois pas devoir classer parmi elles, la couche celluleuse sous-cutanée ou le *fascia superficialis,* attendu qu'il existe des différences frappantes entre cette couche et les aponévroses proprement dites, sous le rapport de la texture, des fonctions, et des degrés de vitalité.

### I. Disposition de la gaîne fémorale commune, *fascia lata* proprement dit.

Disposée en forme de demi-caleçon, l'aponévrose *fascia lata* présente deux surfaces et deux extrémités.

1° Sa surface extérieure est en rapport dans toute son étendue avec l'expansion celluleuse sous-cutanée, qui, à la cuisse, comme partout ailleurs, offre deux espèces de lames : les unes plus rapprochées de la peau et renfermant les cellules graisseuses; les autres plus profondes, ayant une apparence membraneuse très distincte. La même surface est parcourue, en avant et un peu en dedans, par la saphène, les branches que cette veine reçoit, des vaisseaux lymphatiques, et un grand nombre de filets

nerveux qui, après s'être séparés du nerf crural, traversent l'aponévrose pour se répandre en forme de réseau (réseau de Ficher) sur le *fascia superficialis* de la partie antérieure de la cuisse.

2° La surface interne du *fascia lata* donne naissance à une série de gaînes qui sont en rapport avec les muscles qu'elles renferment, et les gros vaisseaux qu'elles accompagnent. La plupart des lames issues de cette surface fournissent des points d'insertion à un grand nombre de fibres charnues appartenant aux plans musculaires les plus superficiels.

3° L'extrémité supérieure de l'aponévrose fémorale est limitée, antérieurement, par l'arcade crurale ; en dedans, par la ligne qui sépare la cuisse de la région périnéale ; en arrière, par une autre ligne qui, partant de la tubérosité de l'ischion, se dirige obliquement en dehors, passe sur le tendon du muscle grand fessier et se termine à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La portion antérieure de cette extrémité fournit des gaînes à divers muscles, notamment au *fascia lata*, au droit antérieur, au couturier et au triceps. Dans la région inguinale elle offre deux feuillets : l'un superficiel et l'autre profond. Le premier s'attache au bord inférieur du ligament de Fallope, à partir de l'épine iliaque jusqu'au pubis, et forme vers le milieu du pli de l'aine la paroi antérieure du canal crural. Le second présente trois points d'insertion : 1° à l'épine pubienne et au ligament de Gimbernat ; 2° au bord postérieur de la branche horizontale du pubis ; 3° à l'éminence iléo-pectinée. Formé par la réunion des fibres qui naissent de ces divers points d'attache, et continu par son côté externe avec le *fascia iliaca,* ce feuillet descend au devant du muscle pectiné, forme la paroi postérieure et interne du canal des vaisseaux fémoraux, et, se relevant peu à peu, il finit par se réunir avec le feuillet superficiel.

La portion interne de l'extrémité supérieure du *fascia lata* se confond avec les attaches des muscles adducteurs et droit interne, à la lèvre antérieure de la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion. Elle donne trois ou quatre lames qui s'interposent entre ces muscles et les cloisonnent.

La portion postérieure se dédouble au niveau du ligament sacro-scia-

tique et semble se continuer dans ce point avec l'aponévrose périnéale inférieure. L'une des lames qui résultent de ce dédoublement s'enfonce entre le moyen et le grand fessier, tandis que l'autre, fort mince, presque entièrement celluleuse, recouvre seulement le bord postérieur de ce dernier, et va se confondre avec la forte expansion qui correspond au grand trochanter près des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux en dedans. Derrière le bassin, cette aponévrose laisse complétement à découvert toute la portion charnue du grand fessier; aussi, les abcès qui se développent à la surface externe de ce muscle, n'étant limités par rien de solide, pénétrent-ils facilement entre ses fibres.

4° Inférieurement le *fascia lata* embrasse l'articulation de la cuisse avec la jambe et se continue avec l'aponévrose de cette dernière. Elle donne au devant de cette articulation plusieurs lames pour en fortifier la capsule et les ligaments. Dans l'espace poplité on la voit se renforcer par des expansions, les gaînes musculaires et les canaux fibreux des deux gros vaisseaux qui s'y trouvent.

Le *fascia lata* est tellement bien appliqué sur les muscles, que, dans les plaies profondes et étroites, il peut se former une espèce de hernie musculaire à travers son ouverture. Il offre beaucoup plus d'épaisseur à la région crurale externe que dans tout autre endroit. Sa résistence est si forte que de vastes collections purulentes disséquent en quelque sorte tous les muscles plutôt que de devenir superficiels.

## II. Disposition des gaînes fémorales particulières.

Toutes ces gaînes proviennent directement ou indirectement de l'enveloppe commune et communiquent par des expansions avec le périoste; en sorte, comme le dit M. Velpeau, qu'en détruisant par la pensée toutes les parties charnues de la cuisse, sans toucher aux tissus fibreux, on aurait un cylindre creux, subdivisé en une infinité de petits cylindres. Un pareil arrangement isole les maladies comme il isole les organes. Sans lui, toute inflammation, toute suppuration sous-aponévrotique, deviendrait presque inévitablement diffuse et envahirait tout l'intervalle des deux articulations du membre.

Les gaînes musculaires les plus complètes et les plus solides sont celles du *fascia lata*, du couturier, du grêle interne, du vaste externe et du biceps. Renfermés dans ces sortes d'étuis, les muscles de la cuisse peuvent agir indépendamment les uns des autres et se contracter avec plus de force.

Mais de toutes les aponévroses de la cuisse dont la disposition est importante à connaître, il n'en est pas qui mérite d'être plus appréciée que celle du canal crural, c'est-à-dire, du conduit aponévrotique dans lequel logent l'artère et la veine fémorales, à leur origine.

Moins long chez la femme que chez l'homme, il disparaît à peu près dans les vieilles hernies; toutefois, hors le cas de ce genre, on le rencontre toujours. Il offre deux orifices et trois parois.

1° L'orifice supérieur, ou anneau abdominal, correspond ordinairement à la partie inférieure de la fossette externe que forme le péritoine dans la région inguinale. Cependant, quand l'artère ombicale est très écartée de la ligne blanche, il peut se trouver en rapport avec la fossette interne. Ses limites sont : en avant, le milieu du ligament de Fallope; en arrière et en dedans, le bord libre et concave du ligament de Gimbernat; en arrière et en dehors, le *fascia iliaca* et l'éminence iléo-pectinée. Les vaisseaux qui l'entourent sont : du côté externe, l'artère épigastrique dirigée de bas en haut; du côté antérieur et interne, la branche pubienne de l'artère épigastrique, et de plus chez l'homme l'artère spermatique ou même le canal déférent; du côté interne et postérieur, l'artère obturatrice, lorsque, ce qui arrive quelquefois, cette artère naît de l'épigastrique.

Cet orifice est exactement rempli par les vaisseaux iliaques externes qui s'y engagent, et par une membrane fibro-celluleuse plus ou moins forte, à laquelle M. Cloquet a donné le nom de *Septum crurale*.

2° Le canal crural ayant une forme triangulaire offre trois parois : une antérieure, et deux postérieures distinguées en externe et en interne.

L'antérieure formée par le feuillet superficiel du *fascia lata*, s'étend de l'arcade crurale à l'ouverture de la veine saphène. Elle est recouverte par la peau, le *fascia superficialis*, quelques ganglions lympha-

tiques et des ramifications vasculaires superficielles. Appliquée sur l'artère et la veine fémorales, elle envoie presque toujours entre ces vaisseaux deux expansions qui lui fournissent une gaîne en allant se fixer à la partie postérieure et externe du canal.

La paroi postérieure externe, constituée par le *fascia iliaca* et légèrement convexe, repose sur le tendon des muscles psoas et iliaque. Elle est recouverte par l'artère et la veine fémorales. C'est en dedans de ces vaisseaux, entre la paroi antérieure et la paroi postérieure et interne, qu'existe l'espace par lequel se fait la hernie crurale. Au côté externe de la paroi dont il s'agit, on trouve le nerf crural abrité par l'expansion aponévrotique qui se détache du petit psoas.

La paroi postérieure interne faite par le feuillet profond de l'aponévrose *fascia lata*, est étroite et couverte un peu en dehors par la veine fémorale. En haut, elle s'unit au ligament du Gimbernat; en bas, elle se continue avec la portion de la membrane *fascia lata* qui couvre les muscles de la partie interne de la cuisse.

3° L'orifice inférieur n'est autre chose que l'ouverture par laquelle la veine saphène traverse l'aponévrose *fascia lata* pour se jeter dans la veine fémorale.

La longueur du canal crural varie depuis 6 jusques à 15 lignes. Dans la plus grande partie de son étendue, il a une direction verticale; mais, comme son orifice supérieur est dirigé en haut et en arrière, tandis que l'inférieur l'est directement en avant, il en résulte deux inflexions qui ne permettent aux viscères de se déplacer qu'en décrivant une sorte de *Z*.

Les parois de ce canal étant toutes aponévrotiques, conséquemment peu extensibles, font que l'épiploon, les intestins avec le sac péritonéal, ne peuvent s'y engager qu'en petite partie et ne forment une saillie qu'après avoir dépassé l'orifice inférieur. La portion du *fascia superficialis* qui ferme cette ouverture, est néanmoins très dense; aussi arrive-t-il fréquemment que la tumeur est quelquefois divisée comme en plusieurs lobules distincts. Si les hernies crurales s'étranglent plus fréquemment que les autres espèces, on doit l'attribuer à la disposition très serrée des parties qui entrent dans la composition du conduit dont il vient

d'être question. L'étranglement peut se faire ici, comme dans la hernie inguinale, par les deux orifices, le collet du sac, une bride épiploïque, le contour de l'intestin, etc. Le point où il a lieu, dans la plupart des cas, paraît être l'ouverture de la veine saphène, ( orifice inférieur ou anneau fémoral ). L'incision du rebord aponévrotique de cette ouverture permet, presque toujours, d'après Dupuytren, MM. Breschet et Velpeau, la réduction des parties, non-seulement lorsque c'est ce rebord qui cause l'étranglement, mais encore quand la constriction a lieu beaucoup plus haut, attendu que cet anneau ne peut être débridé sans que le ligament de Gimbernat, uni à lui par son extrémité inférieure, se relâche.

Lorsque l'étranglement a lieu dans l'orifice supérieur, il y est produit le plus souvent par le ligament de Gimbernat, et quelquefois par le bord inférieur de l'arcade crurale elle-même. Les rapports de cet orifice avec le tronc de l'artère épigastrique, la branche pubienne, l'artère spermatique, le canal déférent, dans quelques cas aussi avec l'actère obturatrice, rendraient le débridement fort dangereux, si on ne le pratiquait avec ménagement, et si l'élasticité de ces parties ne leur permettait de fuir au devant du bistouri. Parmi les procédés que l'on a proposés dans le but de faire cette opération, sans s'exposer à une lésion fâcheuse, le plus sage me paraît être celui où l'on prescrit d'inciser légèrement le contour de l'anneau supérieur en divers points. L'ensemble des petites incisions pratiquées en pareil cas procure une dilatation aussi grande que celle que l'on pourrait obtenir d'un débridement plus étendu fait sur un seul point.

---

# N° 1033.

# SCIENCES CHIRURGICALES.

## *Quelles sont les causes des hernies abdominales?*

Les causes des hernies abdominales peuvent être distinguées en prédisposantes et efficientes. Les premières sont celles qui favorisent la formation de ces tumeurs, et les secondes, celles qui donnent lieu à leur production immédiate.

*Causes prédisposantes.* — Il en est de générales, d'originelles, d'accidentelles et de spéciales.

I. Quand bien même l'expérience n'aurait pas déjà prouvé d'une manière irréfragable que les hernies du bas-ventre sont les plus communes de toutes, il serait impossible de ne pas le pressentir en considérant la disposition des parois de cette cavité, les fonctions qu'elles remplissent, la mobilité de la plupart des organes abdominaux, l'extrême extensibilité des liens que le péritoine fournit à ces derniers, etc.

L'abdomen communique avec le thorax par les ouvertures diaphragmatiques; avec le tissu cellulaire abdominal extérieur, par l'ombilic; avec celui du scrotum ou des grandes lèvres, par le canal inguinal; avec celui du pli de l'aine, par le canal crural; enfin, avec celui de la partie supérieure de la région fémorale interne et de la fesse, par les trous sous-pubiens et les grandes échancrures ischiatiques. Parmi ces ouvertures, il n'en est aucune, si l'on en excepte celles de l'œsophage, de l'aorte et de la veine-cave inférieure, qui ne puisse se prêter plus ou moins facilement à la sortie des viscères abdominaux; mais celles qui offrent les dispositions les plus favorables à la formation des hernies, sont, sans contredit, les inguinales et les crurales. Placées sur les parties latérales et inférieures de la paroi antérieure de l'abdomen, ces dernières sont par cela même, les plus

exposées à être distendues dans la station et les autres positions qui font porter le paquet intestinal en avant. D'ailleurs, elles sont les plus larges de toutes celles qui peuvent permettre aux viscères de s'échapper. En outre, quoique formée de plusieurs plans fibreux ou musculaires superposés et affectant des directions différentes, la paroi antérieure de l'abdomen résiste avec moins d'avantage que les régions postérieure et inférieure, à l'action par laquelle quelques-uns des organes abdominaux tendent à se dilater et à se porter au dehors. Remarquons enfin, que cette même paroi est celle où les alternatives de dilatation et de resserrement si propres à en diminuer la résistance ou à en agrandir les canaux, sont continuelles et les plus prononcées, attendu que la paroi diaphragmatique est soustraite par sa position au poids des viscères, et que le plancher périnéal est hors de l'axe de l'abdomen. Aussi, bien que tous les points de cette cavité, à l'exception des régions à parois osseuses, comme les régions lombaires, sacrées et iliaques, soient susceptibles de devenir des trajets herniaires, ce sont les ouvertures inguinales et crurales qui en offrent les exemples les plus fréquents. Les recherches statistiques de Monro, de la Société des bandagistes de Londres, et de M. J. Cloquet, établissent que ces deux classes de hernies sont aux autres : : 14, 38 : 1.

Si les parois abdominales eussent été destinées à former une cavité propre seulement à loger des organes et à leur servir d'abri, elles auraient eu, sans doute, une structure analogue à celle du crâne ou du thorax; mais, la nature des fonctions que les viscères abdominaux sont appelés à remplir et la nécessité des mouvements respiratoires exigeaient une conformation qui, en diverses régions, réunit une certaine résistance à beaucoup de mobilité. Sans une conformation pareille, en effet, l'estomac et les intestins auraient-ils pu prendre une ampliation suffisante pour l'ingestion des aliments et des boissons, ou pour le développement des gaz? La matrice eut-elle pu se développer? Le diamètre vertical de la poitrine aurait-il pu s'agrandir par l'abaissement du diaphragme? Le rôle actif que joue la paroi antérieure dans l'expiration, dans l'expulsion des matières fécales et de l'urine, dans l'acte de l'accouchement, dans la toux, dans l'éternuement, dans les efforts,

aurait-il été possible avec une structure différente? Et un tel rôle ne concourt-il pas à rendre cette paroi plus apte que toute autre à la formation ou au développement des hernies?

Mobiles à l'excès, très *glissants*, très susceptibles de changer de formes et constamment poussés vers la paroi où se trouvent les canaux inguinaux et cruraux, l'ombilic, la ligne blanche, l'intestin grêle et l'épiploon, sont, de tous les viscères de l'abdomen, ceux que l'on rencontre le plus souvent dans les hernies. Après eux, viennent le colon transverse, le colon iliaque, le cœcum, les colons ascendant et descendant, la vessie, l'estomac, la matrice (1), les ovaires, la rate (2) et le foie (3); le duodénum, les reins et le pancréas ne paraissent pas susceptibles de se porter au dehors.

L'extrême extensibilité des liens péritonéaux est, sans contredit, l'une des causes qui facilitent le plus la production des hernies abdominales. Il est incontestable, en effet, que si ces liens ne pouvaient pas se porter au delà de leurs limites naturelles, les viscères seraient dans l'impossibilité de se déplacer. Le mésentère est celui d'entr'eux qui peut prendre le plus d'extension; en conséquence de cette aptitude et des dispositions dont nous parlions tout-à-l'heure, on ne saurait être étonné si l'entérocèle est la plus commune de toutes les hernies.

II. La prédisposition aux hernies peut être le résultat d'une faiblesse originelle dans quelque point de l'enceinte abdominale. Cette faiblesse est parfois héréditaire. Plusieurs auteurs, dignes de foi, attestent en effet avoir vu tous les individus d'une même famille atteints de hernie. « On ne peut point nier, dit Richter, que cette prédisposition ne soit » héréditaire : je ne prétends pas plus que des pères attaqués de hernies » engendrent toujours des enfants qui seront affectés de cette maladie, » que je ne prétends qu'ils engendrent toujours des enfants qui leur » ressemblent; mais on observe quelquefois l'un et l'autre. J'ai vu des

---

(1) Chopart et Dessault ont rencontré cet organe et l'ovaire gauche dans une hernie inguinale gauche. (Traité des mal. ch., tom. 11, pag. 3).

(2) Ruysch, advers. dec. 2.

(3) Garengeot, mem. de l'acad. de chirur.

» hernies survenues spontanément, et sans aucune cause extérieure, à » des enfants dont les pères avaient des hernies (1). » Lawrence, Delpech, Boyer, Cooper et plusieurs autres ont vu des cas semblables.

De tous les défauts originels dans la texture de l'enceinte abdominale qui prédisposent à la hernie, les plus remarquables sont les environs de l'ombilic, de l'anneau inguinal, l'espace triangulaire de Petit (entre le bord postérieur du grand oblique, le bord antérieur du grand dorsal et la partie correspondante de la crête iliaque), des éraillements du diaphragme, et le périnée.

III. La disposition générale aux hernies due à la faiblesse relative des ouvertures des parois abdominales, et surtout des ouvertures inguinales et crurales, peut être augmentée accidentellement par différentes circonstances : telles sont entr'autres, dit Boyer, (2) la maigreur qui succède rapidement à un embonpoint considérable, l'augmentation de volume et le poids des viscères chez les grands mangeurs et les personnes très grasses, les fréquentes stations, l'action d'être souvent à genoux, l'usage des vêtements qui compriment inégalement l'abdomen, surtout à sa partie supérieure et moyenne, comme les corsets, les ceintures, etc.

Nous pouvons citer encore comme pouvant donner lieu à une prédisposition herniaire accidentelle, toutes les contusions assez fortes pour détruire le ressort des parois abdominales. Mais nous sommes emporté à penser, avec M. Richerand, que les hernies soient l'effet inévitable de toute plaie qui a traversé ces parois et a suppuré. S'il en était ainsi, on aurait lieu d'être surpris qu'une telle observation eut pu échapper au coup-d'œil observateur de Richter, de Scarpa, de Lawrence, de Boyer et de plusieurs autres chirurgiens distingués. Du reste, ce qui nous fait douter que les plaies pénétrantes prédisposent infailliblement à la hernie, c'est que les cicatrices ou corps inodulaires sont pour l'ordinaire d'une texture très résistante.

IV. On peut regarder comme des causes prédisposantes spéciales : les conformations organiques propres à favoriser plutôt la formation de telle

---

(1) Traité des hernies, page 10.

(2) Traité des maladies chirurgicales, pag. 17.

ou telle espèce de hernie que celle de tout autre espèce; certains défauts de rapport entre les parties contenantes et les parties contenues; le développement de tumeurs graisseuses à la surface externe du péritoine.

1° Au nombre des prédispositions pour certaines espèces de hernies, nous devons d'abord en signaler une que nous aurions pu classer également parmi les prédispositions originelles; nous voulons parler de la persistance de la communication de l'abdomen avec la cavité de la tunique vaginale. Dans ce cas là, le prolongement péritonéal qui forme cette dernière se continue avec la grande enveloppe dont il dérive, en sorte que, lorsque l'intestin se déplace, il arrive avec facilité dans les bourses et a pour sac la tunique vaginale elle-même.

Quant aux conformations normales qui prédisposent à telle ou telle espèce de hernie, aucun médecin n'ignore que de plus grandes dimensions dans le canal inguinal chez l'homme, le rendent plus sujet à la hernie dite *inguinale*, que la femme; et qu'au contraire celle-ci est plus exposée à la hernie crurale, par suite de la longueur plus considérable du ligament de Fallope et d'un peu plus d'ampleur dans l'espace qui loge les vaisseaux fémoraux. Toutefois, ces différences de conformation ne peuvent pas servir à expliquer pourquoi le nombre d'hommes atteints de hernies est beaucoup plus considérable que celui des femmes (1). On en trouve une explication plus plausible dans les professions rudes ou pénibles qu'exercent les premiers.

2° La vieillesse s'accompagne souvent d'un défaut de rapport entre les parties contenantes de l'abdomen et les parties contenues, surtout chez les individus qui ont beaucoup d'embonpoint. Ce défaut de rapport est dû au raccornissement ou à l'hypertonie des muscles de l'enceinte abdominale, raccornissement que l'on observe du reste dans beaucoup d'autres points. Lorsque les viscères abdominaux ne se rapetissent pas en proportion, il doit y avoir nécessairement tendance de leur part à s'échapper. Les hernies qui ont lieu en pareil cas sont généralement très difficiles à être maintenues, et, assez souvent, leur réduction est suivie de

---

(1) D'après M. J. Cloquet, le nombre des hommes atteints de hernies est à celui des femmes :: 437 : 1. (*Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen.*)

l'apparition d'une tumeur de même nature dans un autre endroit. « Je » connais, dit Richter, un savant qui mène une vie sédentaire, et au- » quel, il y a quelque temps, il survint inopinément une hernie ingui- » nale. Je lui appliquai un bandage, et, quelques semaines après, il » eut une semblable hernie du côté opposé : je lui fis faire un bandage » pour cette nouvelle hernie; mais il lui survint bientôt après une her- » nie crurale. J'ai observé plusieurs cas semblables et j'ai vu de cette » manière un homme être attaqué en trés peu de temps de quatre et mê- » me cinq hernies, sans que je pusse découvrir la moindre cause occa- » sionnelle » (1). J'ignore si les personnes chez lesquelles Richter a remarqué une aptitude herniaire aussi prononcée, étaient avancées en âge; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que cette aptitude se rencontre plus fréquemment dans la vieillesse qu'à tout autre époque de la vie.

Je pourrais moi-même citer une observation recueillie, dans ma première campagne de l'Inde, sur un tonnelier âgé de 50 ans, et dont la constitution avait été profondément altérée, non-seulement par les excès de tout genre auxquels s'adonnent ordinairement sans réserve les matelots, mais encore par la syphylis, et en particulier par le scorbut dont il fut atteint dans ses trois campagnes précédentes. Frappé par cette dernière maladie, au début de notre traversée de retour, il arriva en peu de temps à un degrè de maigreur trés prononcé. Un jour qu'il montait sur le pont pour respirer l'air pur des tropiques, dont une tempête de quelques vingt-quatre heures l'avait privé, il ressentit moins une douleur qu'une gêne assez grande dans l'aine droite. A l'examen, je trouvai deux hernies : l'une, de la grosseur d'un œuf de poule, s'étendait de l'anneau inguinal dans le scrotum: et l'autre située à la partie supérieure antérieure de la cuisse, était beaucoup moins volumineuse. Je procédai immédiatement à leur réduction, j'y parvins sans difficulté. Je me plais à croire que, dans ce cas, l'âge du sujet ne contribua pas moins à la formation de cette double hernie, que

---

(1) Ouvrage cité, pag. 9.

l'état d'amaigrissement dans lequel il était tombé. Jamais, me dit-il, je n'avais éprouvé cette maladie.

3° Les tumeurs nées à la surface extérieure du péritoine, notamment les tumeurs graisseuses, peuvent prédisposer aux hernies, en donnant lieu à des éraillements musculaires, et, par suite, en affaiblissant l'enceinte abdominale dans les points où elles se sont développées.

*Causes efficientes.* — On doit regarder comme telles les puissances capables de rompre l'équilibre entre l'action impulsive des viscères contre les parois et la force réactive ou *rétentrice* des parois contre les viscères. Les principales causes capables de rompre cet équilibre sont : les fortes quintes de toux, les cris, l'usage des instruments à vent, les secousses du vomissement, les fortes contractions des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen et du diaphragme dans le ténesme, la strangurie, l'accouchement, l'action de porter un fardeau ou de soulever une masse très lourde, celle de courrir ou de sauter; en un mot, tous les mouvements qui exigent un certain effort.

Toutes ces causes ayant pour effet de diminuer la capacité du bas-ventre, les viscères fortement pressés cherchent à s'échapper par les endroits qui résistent le moins ; et si la force d'impulsion, par suite d'une faiblesse dans les parois abdominales, est supérieure à la résistance de celles-ci, les viscères glissent dans les lieux les moins répulsifs, en poussant devant eux une portion du péritoine, et la hernie se trouve dès-lors formée.

Outre les causes efficientes que nous venons d'énoncer, il en est une que l'on ne trouve que dans la production de la hernie ombilicale congéniale et qui n'a nul besoin du concours d'une disposition préalable. Dans cette espèce de hernie, le col de la tumeur est au centre de l'anneau ; le sac et le tissu propre du cordon en sont les seules enveloppes, excepté, néanmoins, au devant de l'anneau ombilical, où la peau l'entoure dans une étendue de quelques lignes. Cette espèce de hernie dépend, non pas de ce que les viscères sont sortis de l'abdomen, mais bien de ce qu'ils n'y sont pas complétement rentrés.

---

# N° 1676.

# SCIENCES MÉDICALES.



## *Existe-t-il une Angine gangréneuse ?*

S'il est vrai, comme l'expérience semble l'attester, qu'il n'existe aucune partie du corps qui ne soit susceptible de gangrène ;

S'il est bien démontré que l'inflammation, dans quelque lieu qu'elle réside, puisse, quand elle est excessive ou qu'elle se combine avec une affection septique spéciale, se terminer par l'extinction de la vie dans l'organe qu'elle frappe ;

S'il n'est pas douteux que certaines fièvres très graves que l'on appellera malignes, ataxiques, pestilentielles, typhodes ou de tout autre nom que l'on voudra, coïncident parfois avec le développement d'inflammations essentiellement gangréneuses externes ou internes ;

Si le père de la médecine dans plusieurs de ses immortels ouvrages, notamment dans ses aphorismes et dans le second livre de son traité des maladies, a signalé la gangrène comme pouvant constituer une terminaison ou une complication de l'angine ;

Enfin, si l'on doit accorder quelque confiance aux recherches d'une foule de médecins qui ont écrit sur l'angine gangréneuse, en particulier à celles d'Arétée, de Rivière, de Méad, d'Huxham, de Fothergill, de Johnstone, de Sauvages, de Cullen, de Tissot et de Portal ;

Nous pouvons être étonné que la question à laquelle nous avons à répondre, soit posée de manière à faire penser qu'elle n'a point encore été résolue, ou du moins, qu'elle ne l'a pas été suffisamment.

Toutefois, nous aurions tort d'en éprouver de la surprise ; car il est à présumer que les auteurs qui n'admettent point une angine gangréneuse, comme une maladie distincte ou *sui generis*, ne nient pas la

possibilité de la terminaison par gangrène dans la phlegmasie anginale. S'il en était autrement, nous ne concevrions pas une négation contraire aux principes généralement consacrés sur les phlegmasies en général et à l'observation sur l'angine en particulier. Il nous paraît donc peu probable qu'on ait voulu nous demander si l'inflammation de l'arrière bouche de l'œsophage et de l'extrémité supérieure du conduit aërien, peut s'accompagner ou être suivie de gangrène. Ce qui est incontestable en effet pour la gastrite, l'entérite, la colite, la péritonite, la pleurésie, la pneumonie, l'hépatite et généralement pour toutes les inflammations muqueuses, séreuses, parenchymateuses, etc., pourrait-il ne pas l'être pour des parties d'une structure et d'une vitalité fort analogue à celles des organes où l'on a le plus souvent observé les effets des affections gangréneuses ?

D'après ces considérations, il doit seulement s'agir de determiuer, non pas si l'angine peut étre compliquée de gangrène, ou se terminer par elle, mais s'il existe une angine gangréneuse *essentielle*, constituant une maladie spéciale et toujours identiqué.

Afin d'atteindre ce but, examinons les causes, les symptômes et le traitement de l'angine, que l'on trouve décrits dans les auteurs, sous les dénominations d'*esquinancie maligne*, *mal de gorge gangréneux*, *d'angine gangréneuse*, etc., et que MM. Bertonneau, Guersent et Deslandes paraissent confondre avec l'angine qu'ils nomment *angine pultacée*, diphtérite caséiforme.

*Étiologie.* — Les conditions que les auteurs ont regardées comme les plus favorables au développement de l'angine gangréneuse, sont les constitutions atmosphériques froides et humides, les brusques changements de température, la respiration d'un air chargé d'émanations cadavéreuses, le mauvais régime, les tempéraments mous, lymphatiques, l'enfance, une extrême faiblesse, etc.

L'angine gangréneuse règne le plus souvent d'une manière épidémique.

Quelquefois aussi, se trouvant associée à des affections fébriles contagieuses, elle a pu, au dire de plusieurs auteurs, se transmettre par contagion.

Dans quelques cas, elle attaque rapidement, et d'une manière insi–

dieuse, des personnes saines en apparence, et sans qu'on puisse en accuser aucune cause extérieure appréciable. Elle sévit de préférence sur les individus très disposés aux maladies catarrhales, surtout à l'angine, ou qui sont très nerveux et en proie à des affections morales profondes.

Ses véritables causes, ses causes esssentielles, sont celles de la plupart des inflammations que l'on nomme gangréneuses, parce que la mortification de la partie qu'elles affectent en est le résultat inévitable (Anthrax, charbon, érysipèle gangréneux, gangrènes métastiques, etc.) Dire en quoi consistent les modifications de l'organisme, ou plutôt les états morbides généraux, sources de ces inflammations, est chose impossible; mais nous ne saurions douter de la généralisation et de la spécialité de de chacun d'eux, en considérant qu'ils sont toujours précédés ou accompagnés d'un appareil fébrile très grave (1); qu'ils peuvent se déceler à la fois ou successivement dans plusieurs parties du corps sous les mêmes traits, etc.

*Symptômes.* — L'angine gangréneuse débute par une fièvre plus ou moins intense, de la douleur à la bouche, de l'enrouement et une déglutition difficile. Cette fièvre est d'abord tantôt catarrhale, tantôt inflammatoire, gastrique ou nerveuse, mais elle ne tarde pas à prendre un caractère ataxique ou adynamique. A l'inspection des parties douloureuses, on aperçoit un gonflement et une rougeur foncée qui occupent le voile du palais, les amygdales et la membrane muqueuse du pharynx. Très peu de temps après, on observe sur les parties enflammées des taches blanchâtres et parfois livides ou noires, dispersées çà et là. Ces taches s'étendent, s'unissent et couvrent presque tout l'intérieur de l'arrière-bouche de lambeaux pseudo-membraneux, qui, en tombant, laissent à découvert une surface blafarde, de laquelle découle une matière sanieuse, trés fétide. Il n'est pas rare de voir, dès le second jour, se déclarer des pétéchies ou des taches pourprées. Dans quelques cas, la gangrène étend ses ravages au larynx, à la trachée, aux poumons, à l'œsophage et même à l'estomac.

---

(1) Hippocrate désigne, sous le nom de fièvres gangréneuses, toutes les fièvres ataxiques ou insidieuses qui précèdent la gangrène ou coïncident avec elle.

Aussitôt que l'angine a pris le caractère gangréneux, la fièvre diminue ; le pouls devient petit, fréquent, mou, irrégulier ; et, quand la maladie doit avoir une issue mortelle, la physionomie devient grippée ; la peau perd compltéement sa chaleur ; il y a de fréquentes lipothimies, etc.

*Anotomie pathologique.* — S'il faut en croire MM. Bretonneau, Guersent, Deslandes, Roche et Sanson, on trouve constamment, à l'ouverture des cadavres, des fausses membranes disposées par plaques ou en nappes sur divers points du voile du palais, des amygdales, du pharynx, de l'œsophage et quelquefois même du conduit aërien. Selon eux, la membrane muqueuse recouverte par ces plaques pseudo-membraneuses, n'est, excepté dans quelques cas fort rares, ni excoriée ni ulcérée. Le tissu cellulaire qui l'environne et les vaisseaux capillaires qu'elle reçoit, sont gorgés de sang noir ; « En un mot, disent MM. Roche et Sanson, on ne rencontre nulle part de traces de gangrène, et partout celles de l'inflammation ou plutôt de l'hémorragie. C'est donc par erreur que l'on a regardé la *palato-pharingite* comme gangréneuse, et que tant d'auteurs l'ont décrite sous le nom *d'angine gangrèneuse.* »

Les deux médecins que je viens de citer, se seraient probablement abstenus de prendre une telle conclusion, s'ils eussent attaché plus d'importance à l'étude des causes, des symptômes, et du traitement de la maladie décrite par un grand nombre de bons observateurs sous le nom d'angine gangréneuse, et s'ils eussent considéré que les recherches cadavériques faites par ces mêmes observateurs ont fait voir des escarrhes gangréneuses, dans l'épaisseur même de la membrane muqueuse qui tapisse même les extrémités supérieures des voies digestives et aëriennes. Du reste, si leur *palato-pharingite* n'est qu'une inflammation ordinaire, j'ignore comment ils peuvent se rendre raison de son développement sous l'influence de causes débilitantes ; comment ils expliquent l'odeur infecte de l'haleine des malades et de la matière sanieuse qui découle de leur bouche ; pourquoi enfin, ils prescrivent dans quelques cas le quinquina, le camphre, le chlorure d'oxide de sodium et d'autres excitants *antiputrides* que l'on conseille souvent dans la gangrène confirmée.

*Traitement.* — Dans la première période, les principales indications à remplir doivent être dirigées d'après la nature de la fièvre concomitante

de l'angine, et la plus ou moins grande activité du mouvement fluxionaire vers l'arrière-bouche.

Lorsque la gangrène est déclarée, les indications les plus urgentes consistent à s'opposer à son extension en relevant les forces; à modifier la disposition septique de l'économie par les excitants que je signalais tout à l'heure; à faciliter la séparation des escarrhes gangréneuses par les détersifs, etc.

D'après ce rapide aperçu de la maladie connue sous le nom d'angine gangréneuse, je crois ne pas devoir hésiter à la reconnaître, non pas comme une maladie spéciale ou *sui generis*, mais bien comme un résultat symptômatique de plusieurs sortes d'affections gangréneuses qui, au lieu de se manifester sur la peau, comme dans l'érysipèle gangréneux ; sur les ganglions lymphatiques inguinaux, comme dans la peste; sur le péritoine, comme dans certaines péritonites puerpérales; sur les poumons, comme dans plusieurs pneumonies épidémiques malignes, etc., se portent sur l'arrière-bouche.

**FIN.**

# FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER.

DOYEN, Monsieur CAIZERGUES.

| *Chaires.* | *Professeurs :* MM. |
| --- | --- |
| Clinique médicale | CAIZERGUES DOYEN. BROUSSONNET. |
| Physiologie | LORDAT. |
| Botanique | DELILE. |
| Clinique chirurgicale | LALLEMAND. |
| Chimie | DUPORTAL. |
| Anatomie | DUBRUEIL. |
| Pathologie chirurgicale | DUGÈS, *Président.* |
| Accouchemens et Clinique respective | DELMAS. |
| Thérapeutique et Matière médicale | GOLFIN. |
| Hygiène | RIBES. |
| Pathologie médicale | RECH. |
| Clinique chirurgicale | SERRE, *Suppl.* |
| Chimie générale et Toxicologie | BÉRARD. |
| Médecine légale | RENÉ. |
| Pathologie et Thérapeutique générales | D'AMADOR, *Exam.* |

*Professeur honoraire*, M. DE CANDOLLE.

*Agrégés en exercice.*

VIGUIER.
KÜHNHOLTZ.
BERTIN, *Exam.*
BROUSSONNET, *Suppl.*
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Exam.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.